

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Antoine-Adolf DANKOWICZ

Né le 2 Avril 1911, à Czeszochowa (Pologne)

Contribution à l'étude des Hémorragies Gastro-Duodénales dites Sine Materia

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ

13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1939

RECEIVED BY THE LIBRARY

LIBRARY

DOCUMENTS DE LA BIBLIOTHEQUE DE PARIS

ANNUAIRE DE LA BIBLIOTHEQUE

ANNUAIRE DE LA BIBLIOTHEQUE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT de L'UNIVERSITÉ de PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Antoine-Adolf DANKOWICZ

Né le 2 Avril 1911, à Czeszochowa (Pologne)

Contribution à l'étude des Hémorragies Gastro-Duodénales dites Sine Materia

Président : M. LOEPER, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE MÉDICALE MARCEL VIGNÉ
13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE

1939

(I.) — PROFESSEURS

Anatomie	MM.
Physiologie	ROUVIERE.
Physique médicale	Léon BINET.
Chimie médicale	STROHL.
Bactériologie	POLONOVSKI.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Robt DEBRE.
Pathologie médicale et générale	BRUMPT.
Pathologie médicale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	
Histologie	LEROUX.
Pharmacologie et matière médicale	CHAMPY.
Thérapeutique	TIFFENEAU.
Hygiène et médecine préventive	HARVIER.
Médecine légale	TANON.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BALTHAZARD.
Pathologie expérimentale et comparée	LAIGNEL-LAVASTINE.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	FIESSINGER.
Clinique médicale	CHIRAY.
»	LOEPER.
»	CARNOT.
»	CLERC.
Hygiène et clinique de la première enfance	Marcel LABBE.
Clinique des maladies des enfants	LEREBoullet.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	NOBECOURT.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GUILLAIN.
Clinique chirurgicale	LEMIERRE.
»	CUNEO.
»	GOSSET.
»	GREGOIRE.
»	LENORMANT.
»	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique	CHEVASSU.
Clinique urologique	LEVY-SOLAL.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
»	JEANNIN.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	Maurice VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROINER.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHEU.
Cardiologie clinique	LAUBRY.
Assistance médico-sociale	
Professeurs sans chaire	HAZARD.
»	HOVELACQUE.
»	MULON.
»	OLIVIER.
»	SANNIE.
»	VERNE.

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
AMELINE	Pathologie chirurgic.
BARIETY	Pathologie médicale.
BENARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne) . . .	Pathologie médicale.
Jstin BESANÇON	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgic.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES	Pathologie chirurgic.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-Rhino-Laryngol.
HUGUENIN	Anat. pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LACOMME	Obstétrique.

MM.	
LANTUEJOUL	Obstétrique.
LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathol. expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgic.
Mil J. LEVY	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI	Neurol. et Psychiatrie.
MENEGAUX	Pathologie chirurgic.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET	Pathologie chirurgic.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS . . .	Anat. pathologique.
PIEDELIEVRE	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SENEQUE	Pathologie chirurgic.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathol chirurgic.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgic.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.
GUENIOT	Obstétrique.
HEITZ-BOYER	Pathologie chirurgic.

MM.	
LARDENNOIS	Pathologie chirurgic.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Patholog. chirurgicale
VAUDESCAL	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE A TITRE PERMANENT

MM.	
ALAJOUANINE	} Clinique médicale.
AUBERTIN	
BRULÉ	
CHABROL	
DONZELOT	
DUVOIR	
LIAN	
PASTEUR-VALLERY- RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique Chirurgicale.
CADENAT	
GATELLIER	
MOURE	
QUENU	
VELTER	
METZGER	} Clinique obstétricale.
BROCQ	
ECALLE	

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

*A qui je dois tout. Faible témoignage de ma
vive affection et de ma profonde reconnaissance.*

A MA SOEUR

Très affectueusement.

A MON FRÈRE

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS PROCHES ET LOINTAINS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR LOEPER

Professeur de Clinique Médicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Membre de l'Académie de Médecine
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui nous a fait le grand honneur de bien
vouloir accepter la présidence de cette
thèse.*

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ LEMAIRE

Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Pour nous avoir guidé dans l'élaboration de
ce modeste travail.*

*Qu'il veuille bien trouver ici, l'expression
de notre grande reconnaissance.*

A TOUS MES MAÎTRES
DE LA FACULTÉ ET DES HOPITAUX

INTRODUCTION

Depuis très longtemps, un grand nombre de travaux est consacré à l'étude des hémorragies gastro-intestinales. Mais le problème étendu et complexe de ces hémorragies est loin d'être résolu et presque tous les jours des faits nouveaux viennent modifier nos conceptions sur les différentes étiologies et le mécanisme des hémorragies.

Déjà Dieulafoy s'étonnait qu'en présence d'une hématomérose ou d'un moelena, les médecins tentent presque invinciblement à incriminer l'ulcère ou le cancer d'abord, et à leur défaut les maladies du foie, du cœur, du sang. D'autres étiologies fréquentes existent pourtant.

Dieulafoy attire l'attention sur ce qu'il appelait « *ulceratio simplex* », terme d'ailleurs imprécis, car signifiant seulement « ulcération superficielle, unique ou multiple n'intéressant que la muqueuse, reposant par son fond sur une artériole abrasée ».

Depuis, les travaux ont encore progressé en éclairant le rôle de certains facteurs méconnus ou sous-estimés jusqu'à présent et en ajoutant le rôle d'autres facteurs.

Ainsi le cadre des hémorragies gastro-intestinales « cryptogénétiques ou essentielles » diminue de plus en plus, et des étiologies cette fois scientifiques sont établies.

Dans ce modeste travail, qui nous est inspiré par M. le professeur agrégé Lemaire, nous allons passer en revue, en plus de facteurs classiques comme ulcère, cancer, etc, les différents facteurs étiologiques occasionnant des hémorragies en s'arrêtant plus spécialement sur le rôle d'hypertension, et le côté expérimental de la question.

Il est inutile de montrer le rôle capital de ces recherches qui permettent de poser un diagnostic étiologique précis, étant donné que, quand on connaît la cause, on peut appliquer un traitement approprié, souvent différent du traitement de l'ulcère et du cancer.

Nous nous permettons de citer quelques exemples à l'appui :

Dans le cas d'estomac vasculaire pulsatile on

conseille des ligatures étagées (Delore, Compte, Labry).

Dans le cas d'une gastrite hémorragique un traitement médical, plus un régime.

Dans le cas de périviscérite, une opération libératrice.

Et beaucoup d'autres exemples.

GASTRO-DUODÉNITE

a) La gastrite hémorragique peut être la cause des hémorragies (Observation de Prou). Elle peut exister soit seule, soit préparer le terrain à une ulcération. Si elle existe longtemps, elle donne une péri-gastrite.

La présence du sang dans le liquide gastrique à jeun a une grande valeur diagnostique pour Prou.

b) Konjetzny, Neugebauer, Puhl, pensent, que dans le cas de ce qu'ils appellent hémorragies gastriques parenchymateuses, il s'agit d'une gastrite presque exclusivement localisée à l'antrum. Ciminata (Berlin) est du même avis, mais il ne pense pas qu'il s'agit d'une localisation à l'antrum seulement.

c) Subacidité, anacidité, achylie — moyens de diagnostic d'après Porges.

d) Thiele indique le rôle important des hémorragies d'origine catarrhales (gastroduodénites). Il est d'avis, que presque toutes les maladies de l'es-

tomac donnent des saignements plus ou moins occultes, ce qui s'explique par la grande surface de la muqueuse gastrique.

e) Ramond attire notre attention sur les duodénites qui peuvent évoluer avec ulcère compréhensible, mais aussi pour leur propre compte. La fréquence des duodénites peut être aussi grande que celle des gastrites.

Il incrimine comme facteurs étiologiques : intoxication, infection, mais surtout la stase.

Il ne faut pas oublier que la gastrite suit la dyspepsie nerveuse.

Il peut y avoir des causes exclusivement intestinales : dolichocôlon, diverticulite (Gaz. des Hôpitaux).

f) Hypothèse de Thiele sur le mécanisme de ces hémorragies : par diapédèse des vaisseaux lésés à la suite d'une poussée transitoire de gastrite, due à une cause infectieuse quelconque, qui, une fois terminée, tout disparaît.

Nous voudrions insister sur une chose que, comme le remarquent Gallart Monès, Schöne et autres, les femmes sont plus atteintes, que les hommes, comme dans la gastrite chronique érosive.

MALADIES DU CARREFOUR SOUS-HÉPATIQUE PÉRIVISCÉRITES DIGESTIVES, PTOSES

Nous savons que la région pyloro-duodénale répond avec facilité par une congestion active aux différentes irritations parties des segments inférieurs du tractus digestif (comparer les expériences de H. Roger citées plus loin).

Quant à la propagation, il est possible qu'elle se fasse par une lymphangite.

Les observations des différents auteurs citées ci-dessous seront à l'appui de ces faits.

Basset insiste sur ce que, dans l'appendicite chronique, c'est par périoduodénite qu'on voit des hémorragies se produire.

Dieulafoy parle de la gastrite ulcéreuse hémorragique, consécutive à l'appendicite.

Chiray et Lamy, ont fait des travaux très importants sur le rôle des appendicites et des cholécystites dans la genèse des périviscérités.

Ils citent une observation très intéressante, où un malade, à la suite d'une appendicectomie, a fait des adhérences de plus en plus serrées du carrefour sous-hépatique et du grêle (pérityphlite puis périduodénite), qui ont entraîné une hématomérose mortelle.

Ils notent aussi la possibilité d'hémorragie par trouble du transit colique (dolichocôlon $\Rightarrow$ périduodénite $\Rightarrow$ hémorragie).

Duval, Roux citent 3 observations où l'hémorragie duodénale serait liée à la congestion du duodénum sous l'influence de la sténose.

Lardenois rapporte 3 observations des hémorragies par adhérences dans le parcours du tube digestif où le sang a disparu après l'opération libératrice.

Gallart Monès, cite des hémorragies dues à lithiasse biliaire et l'appendicite aiguë.

Dubois (Th. 1928) voyait souvent à l'intervention, soit des adhérences, soit des lésions de pancréatite, appendicite, de lithiasse biliaire, de splénite, de diverticulite duodénale.

Par contre, Ramond se demande si la périduodénite est vraiment un facteur fréquent.

En ce qui concerne les ptoses, Watson (Lon-

dres, The Lancet 1923), est d'avis que les ptoses, comme les périviscérites, donnent des dyspepsies chroniques des femmes où l'hématémèse serait un symptôme habituel dans 50 % des cas.

Gallart Monès avoue que l'ulcère est fréquemment accompagné de la ptose, mais insiste sur le fait qu'elle peut être isolée comme facteur des hémorragies par stase vasculaire.

Enfin, il ne faut pas oublier que la tuberculose peut aussi donner de la périduodénite.

SYSTÈME NEURO-VÉGÉTATIF

Nous connaissons le rôle du système neuro-végétatif dans la vaso-motricité des vaisseaux. Il est donc compréhensible, que les différents troubles engendrant un déséquilibre de ce système peuvent provoquer des hémorragies, surtout hémorragies gastro-duodénales où la vascularisation est tellement développée.

Mencier, justement attire notre attention, dans sa thèse, sur le rôle du choc anaphylactique, toxique ou traumatique et les émotions, comme certaines manifestations de ce déséquilibre du système neuro-végétatif.

Mathieu cite un cas d'hémorragie après une émotion violente (coup de feu tiré à proximité du sujet).

Le rôle du système neuro-végétatif dans la genèse des lésions intestinales typhiques est bien connu (mis en lumière par les travaux de Reilly, Laplane, Du Buit et autres).

Il faut savoir, comme nous l'avons écrit à propos des gastrites, que la gastrite suit la dyspepsie nerveuse.

En passant, nous mentionnerons seulement les pituites hémorragiques des hystériques (vomissement pituiteux œsophagien teint en rouge par une petite quantité de sang).

Chez les névropathes, on peut voir (Obs. de Gendrin) des hématomèses, sans cause et répétées, qui cessent un jour pour faire place à des crises quotidiennes de sueurs sanglantes sur la poitrine, le dos et les cuisses.

Dalle, dans sa thèse, insiste sur la possibilité des fausses hémorragies tabétiques qui, par opposition aux vraies, peu abondantes (quelques cc. du sang d'ordinaire), sont abondantes ; rarement < 200 cc.

L'ORIGINE SPLÉNIQUE

Les travaux importants entrepris à ce sujet montrent la participation splénique, dans beaucoup des hémorragies qu'on classe *sine materia*.

Regardons l'observation classique de Balfour : c'est l'histoire d'un homme opéré 3 fois pour gastrorragies, en supposant un ulcère, et qui fut guéri par une splénectomie, pratiquée plusieurs années plus tard, après que sa rate eut augmenté de volume.

Abrami, Fouguet et autres citent des observations qui montrent que les hémorragies peuvent précéder de plusieurs années l'apparition de la splénomégalie (7 ans après dans 1 cas d'Abrami).

Il faut savoir aussi que la rate peut être non hypertrophiée, mais tuberculeuse malgré cela.

Le diagnostic est facile, disent Chiray et Amy, des hémorragies d'origine splénique net, mais on doit savoir cependant que les hémorragies décongestionnent quelquefois cet organe de façon tran-

sitoire et peuvent masquer temporairement son hypertrophie.

Cordier se demande si les hémorragies gastriques d'origine veineuse, où on trouve à l'autopsie des thromboses veineuses et des endophlébites non oblitérantes identiques à celles que produisent les causes qui donnent une rate du type de Banti, si ces gastrorragies ne sont pas plutôt d'origine splénique.

Nous verrons par ailleurs ce qui se passe avec la rate des animaux expérimentés par injection de substances toxiques au contact du sympathique de la rate.

Tous ces faits cités sont à l'appui de la théorie ci-dessus.

CHOC ANAPHYLACTIQUE

Le problème des intolérances gastriques à forme hémorragique a été scrupuleusement étudié.

Tzanck croit que ces gastrorragies essentielles sont comme l'asthme et l'urticaire des manifestations de l'hypersensibilité localisée, qu'on pourrait considérer, tantôt comme symptomatiques, tantôt comme essentielles.

Il y a des poussées susceptibles d'apparaître sans cause et pour des réactogènes les plus divers (serrum, novar, or, sang). On constate : l'intégrité de l'estomac et de l'asthme, de l'eczéma, etc.

— L'apparition d'hémorragies gastriques à la suite de transfusions sanguines constitue un type d'intolérance gastrique à forme hémorragique et correspond précisément à la notion d'hémotrypsie individualisée par P. Chevalier.

Tzanck rapproche ces faits à la diathèse colloïdo-clasique de Widal (les testes hématiques de l'hémogénie font le plus souvent défaut).

Il pense que la notion de hémogénie ne correspond pas à une classe de faits vraiment homogènes : il faut en détacher la colloïdoclasie ou intolérance, avec les critères d'intolérance comme : évolution par poussées, restitution ad integrum, parentés morbides, les recherches des testes humoraux ou tissulaires de sensibilité et même l'influence de la thérapeutique désensibilisatrice.

Prière de se référer aux expériences.

TRoubles VASCUAIRES MALADIES DU SANG

Le Sang

J'insisterai sur l'hémophilie sous forme de détermination gastrique pure de Chevalier.

Artériosclérose.

Rôle d'artériosclérose dans la production des hémorragies gastro-duodénales était étudié par plusieurs auteurs.

Chevalier lui attribue un rôle important, remarquant que dans le cas d'artériosclérose la T. A. est plus ou moins augmentée et il y a toujours hypercholestérinémie.

Pour E. Bidot et P. Mauriac les signes d'artériosclérose et l'abondance d'emblée du sang rejeté plaident très en faveur du diagnostic de l'hémorragie par artériosclérose.

Thiele par contre est d'avis que l'Artériosclé-

rose des vaisseaux gastriques est une chose rare et se voit seulement chez les vieux.

Il attire l'attention sur les embolies des vaisseaux de mésentère.

Les autres comme Papini font jouer la dégénérescence amyloïde des vaisseaux.

Hypertension.

Nous insisterons spécialement sur le rôle pas assez mis en valeur, de l'hypertension comme le facteur étiologique des hémorragies gastro-duodénales.

Prenons la statistique de Gonzalès Galvan par expérience (1931).

Nous voyons que sur 1.000 cas de troubles digestifs variés, il avait 71 hypertendus dont 13 cas de hématémèses et 3 cas de moelena, ensemble : 19 cas. Nous pouvons remarquer que 19 cas sur 71 c'est beaucoup et que le pourcentage des hémorragies est plus grand ici que chez les malades non hypertendus.

Si on tient compte de ce fait, que l'hypertension peut être souvent locale et non générale, comme nous montre Hale White dans une observation d'un malade avec hypertension localisée et nullement expliquée, chez qui la vascularisation du

grêle était normale et la T. A. aussi, on voit que l'hypertension joue un rôle étiologique très fréquent.

L'observation que nous avons cueillie dans le service du Professeur Loeper et que nous donnons plus loin est aussi en faveur de cette thèse :

On voit chez notre malade des hémorragies en rapport avec des poussées d'hypertension et comme le montre l'épreuve de la glycémie provoquée, ces poussées sont déclanchées par un mécanisme différent qu'une décharge d'adrénaline.

Certains auteurs comme Cordier insistent sur la fréquence des hémorragies chez les hypertendus, avec ou sans allongement du temps de saignement et de coagulation.

Demande cite aussi 2 cas d'hémorragie par hypertension artérielle.

Nobécourt montre le rôle d'hypertension juvénile comme facteur étiologique important des hémorragies digestives chez l'enfant.

Veines.

Les varices de la muqueuse digestive chez les malades ayant des hémorragies gastro-duodénales étaient souvent observées.

Certains comme Harvier, Maison, attribuent

un rôle de premier plan dans les hémorragies d'origine veineuse aux thromboses veineuses et endophlébites non oblitérantes.

Naevis.

Comme les observations de Loeper, Lemaire et Merklen, les autres comme Benhamon, Boston, insistent sur la coexistence parfois des gastrorragies cryptogénétiques avec naevis, angiomes, etc.

Benhamon rapporte un cas de gastrorragie sine matéria chez un garçon présentant un énorme naevi plan de la face, un angiome du voile du palais et des naevis thoraciques.

Dans le cas de Boston, il a opéré pour hémorragie gastrique un malade porteur de telangiectasies cutanées familiales et découvrit sur la paroi de la muqueuse gastrique 2 naevis vasculaires.

Malformations.

Tuffier et Delore en décrivant l'estomac vasculaire pulsatile montrent que ces malformations des vaisseaux peuvent exister isolément au niveau de la muqueuse gastrique.

Tuffier veut faire entrer dans ses cadres la curieuse maladie d'Osler ou angiomatose hémorragique familiale.

LA SYPHILIS

La syphilis gastrique à forme hémorragique, comme aussi les hémorragies tabétiques, existent mais ne sont pas fréquentes.

Comme le dit Gutman: Le traitement antisypilitique appliqué à un individu qui saigne et qui depuis le traitement ne saigne jamais plus, n'est pas une preuve qu'il s'agit d'hémorragie syphilitique, car beaucoup d'hémorragies s'arrêtent sans aucun traitement.

DES HÉMORRAGIES

qui paraissent vraiment sine materia

Etant donné, que ce n'est pas sans difficultés que l'on peut écarter avec certitude les causes classiques des gastrorragies, il faut penser à :

1. Une première manifestation de la forme hémorragique pure de l'ulcère (le plus souvent duodénal). 8 % des ulcères pour Balfour débutent ainsi.

Le sujet ne souffre pas, car l'hémorragie protège contre la douleur. Si l'ulcère est muqueux et jeune, l'hémorragie efface un certain temps les images (donc faire et refaire les radiographies).

De la première hémorragie, il est impossible d'affirmer si il s'agit d'un ulcère ou non. Une récurrence, surtout sous la forme classique douloureuse, est un signe en faveur de l'ulcère.

Christian Schöne cite sur 20 hémorragies diagnostiquées ulcus :

15 cas sans douleurs périodiques avant, caractéristiques pour un ulcus.

3 cas avec douleurs périodiques seulement 1 à 3 semaines avant hémorragie.

2 cas avec douleurs périodiques avant.

Par ailleurs, de ces 20 cas on fait autopsie de 4 et on trouve :

3 ulcus vraiment et 1 hémorragie parenchymateuse avec gastrite (« Blutstippchen »).

Dans 1 cas d'ulcus, il a remarqué que les douleurs antérieures et périodiques n'étaient pas épigastriques mais sous forme de névralgie intercostale.

Statistique de Béguin, Lafarge, Magendie; Dubourg sur 18 cas opérés de grandes hémorragies gastro-duodénales nous montre :

1 cholécystite calculeuse,

2 cirrhoses atrophiques

et 15 ulcères gastro-duodénaux,
dont 9 cas d'ulcère caeux et 3 cas de gastro-pylorite aiguë avec des petites ulcérations multiples en coup d'ongle.

Thiele trouve sur 107 hémorragies :

- 66 % ulcère,
- 13 % néo,
- 1 % polype,
- 1 % ulcère jejuno-peptique
- 18,7 % cause catarrhale ou inconnue.

Mayo Rivers et Wilbur (668 cas) indiquent :

- 89 % ulcère, néo et les gastroduodénites,
- 8,5 % causes extra duodéno-gastriques mais
facilement reconnaissables,
- 2,5 % sans diagnostic.

Gutman, Demole (sur 100 malades examinés)
trouve 21 % des hémorragies sans diagnostic.

Shaw (Londres) 11 sur 28 examinés (39 %).

Rives et Wilbour (Américains) donnent 2,5 %
de cause inconnue.

Berkman donne un pourcentage beaucoup plus
grand.

De ces statistiques, on voit que :

a) Ulcère et cancer sont néanmoins des causes
très fréquentes des hémorragies, car il ne sont pas

toujours une lésion « visible tangible et démontrable ».

b) 20 à 40 % des hémorragies si on prend la moyenne sont de causes inconnues.

2. *Cancers et tumeurs.*

En général, la radiographie donne le diagnostic. Mais dans 5 % (Urbain) et 3 % (Demaule, Gutman), l'hémorragie peut précéder les autres signes, surtout s'il s'agit de néo de la grosse tubérosité.

3. *Causes œsophagiennes.*

Ulcérations variées.

Les varices œsophagiennes qu'il est difficile de déceler aux rayons.

4. *Les cirrhoses au début et les splénomégaties.*

Aspect d'un cholémique ancien avec le subictère conjonctival.

Le cerne bistré périorbitaire.

Les dépôts cholestériniques de la peau ou des muqueuses.

Fréquence des migraines.

Le laboratoire donne ,dans ces cas, une réponse négative ou discordante.

5. *Les hémorragies vicariantes de la menstruation* (Gutman cite 1 cas).

6. *Névropathes.*

7. *Hémorragies par avitaminose.*

Thiele prétend qu'elles sont surtout saisonnières (Novembre-Avril) les hémorragies par avitaminose C.

Récemment, Gaston Lyon parlant du rôle pathologique des avitaminoses dans les syndromes digestifs insiste sur certaines colites hémorragiques rebelles qui ne peuvent faire leur preuve.

M. Mackie (Journal of the Amer. Med.) est de même avis.

8. *Hémorragies de l'oxalurie et oxalémie.*

Lœper cite : 1 obs. d'un malade présentant des troubles dyspeptiques, douleurs et suintement sanguinolent qui a fait une petite hématémèse qui contenait des cristaux d'oxalate de chaux.

Dans une autre observation : hématomèse + douleurs articulaires, et on trouve oxalate de chaux dans les selles.

Mécanisme des Hémorragies sine matéria

Variations brusques de tension dans les capillaires bloqués par les contractions de la muscularis mucosae ? (Chevalier).

HISTOLOGIE

Gastroendoscopie (Chevalier).

Normalement la muqueuse gastrique ne saigne pas à l'introduction de l'endoscope flexible.

Dans les gastrites il y a une fragilité de la muqueuse donnant une ecchymose ou une rosée sanglante.

Dans l'ulcère, cette fragilité fait défaut.

Dans la muqueuse de l'estomac cancéreux elle est rare.

Dans les cas d'Hémorragie, sine materia on trouve :

Le plus souvent, aspect congestif de la muqueuse avec ou sans suffusions hémorragiques. Des capillaires congestionnés, dilatés et une tuméfaction de l'endothélium. La muqueuse pleure du sang (Magnihan).

Parfois, des ulcérations aiguës non organisées (exulceratio simplex) mais sans perte de substance macroscopique.

MÉDECINE EXPÉRIMENTALE

1. *Expérience de Roger.*

Nécrose du côlon par injection dans cet organe de substance toxique (naphtol B) donnant secondairement des lésions congestives, hémorragiques du segment inférieur de l'estomac et du duodénum.

2. *Expériences de Parturier.*

Il établit des sténoses étagées de l'intestin grêle.
Résultat : le segment duodéal saigne.

3. *Expériences de Oberling et Kalo.*

Destruction des corps striés chez l'animal donne des hémorragies gastro-duodénales mortelles.

4. *Expériences de Frumusan.*

Action de substances toxiques (sol. d'acétate de Pb à 4% — 2-4 mgr. ou lignoïde — produit complexe hémorragipare — 1 mgr.) sur les filets sympathiques qui accompagnent les vaisseaux spléni-

ques jusqu'à leur pénétration dans la rate et sur le tronc du splanchnique.

Animaux employés : 42 cobayes, 2 chats, 3 lapins.

Résultats : I. Grosses lésions hémorragiques viscérales : 1) diffuses si on agit sur le tronc du splanchnique et localisées si on s'adresse au sympathique splénique (branche du plexus coeliaque). Dans le 2° cas, le processus hémorragipare paraît nettement cantonné à la muqueuse gastrique et accessoirement duodénale.

II. La dose utilisée est complètement pas toxique lorsqu'elle est inoculée par voie générale, donc preuve pour le rôle du S. N.

III. Il s'agit d'une action toxique et non d'un résultat d'un réflexe banal, car le sérum physiologique, par exemple, ne donne pas de mêmes résultats.

Une irritation sympathique (donc aussi syst. neuro-végétative) juxtarénale est capable d'entraîner à la fois une hématurie abondante et une gastrorragie.

IV. *Que se passe-t-il avec la rate des animaux expérimentés ?*

Jamais une rate absolument normale. Il y a :

- a) Lésions en rapport avec des troubles circulatoires ;
- b) Réaction hémato-macrophagique ;
- c) Réaction réticulo-endothéliale.

En résumé : ces expériences sont la preuve expérimentale de l'hypothèse émise par Abrami sur un des mécanismes des hémorragies digestives qui croît à une stase provoquée dans le système de la veine splénique et de ses branches afférentes par des perturbations vasomotrices *sans l'hypertension portale ni sclérose de la rate.*

5. *Expériences de Lœper.*

Lapins auxquels on a injecté ac. oxalique, présentaient macroscopiquement des congestions et des hémorragies de la muqueuse stomacale.

6. *Expériences de Schiødt et Schultzer.*

Hémorragies dans la muqueuse gastrique chez des jeunes rats à régime réduit ou privation totale. Ces hémorragies étaient localisées dans la région fundique. Mêmes résultats chez chien, chat, lapin.

7. *Expériences de Weber.*

Hémorragie après la soif.

8. *Expériences de Green et Melahby.*

Hémorragie en absence de vitamines A.

9. *Expériences de Schultzer.*

Hémorragie après surrénalectomie bilatérale.

10. *Expériences de Dodds.*

Hémorragie par injection de lobe post. d'hypophyse.

OBSERVATION

Observation recueillie dans les services de M. Loeper :

Mme C..., 49 ans, femme de ménage.

Début, 2 septembre, par une hémorragie intestinale abondante à selles noires, puis véritable hémorragie de sang rouge et enfin selles noires continuant encore.

Tendance syncopale. Sueurs. Pâleur.

La malade avait pris la veille une tisane purgative, comme elle le fait chaque mois depuis plusieurs années.

Cette hémorragie n'est pas la première. Il y a 2 ans, vomissement suivi de melaena et aussi à la suite d'une purge.

Cette habitude date de plus de 15 ans. A cette époque, à la suite d'un anthrax et des poussées d'eczéma suintant, un médecin avait conseillé à la malade une petite purgation journalière ($\text{SO}^4 \text{Na}^2$)

pendant quelque temps. La malade s'en trouvant bien a continué, se contentant de la prendre chaque mois à la date des règles qui ont cessé depuis 3 ans (sans troubles).

Ces règles étaient très abondantes : 5 jours, très régulières, mais véritables hémorragies qui d'ailleurs fatiguaient la malade.

De plus, la malade se plaint de gonflement épigastrique survenant à la fatigue et cessant par le repos.

Céphalée, mouches volantes, bourdonnements d'oreilles.

Malade très nerveuse, très agitée la nuit.

Surdité incomplète augmentée par les émotions.

Antécédents :

Chlorose à l'âge de fillette.

2 enfants, pas de fausse-couche.

Examens faits dans les services :

I. *Radio* : estomac de forme normale, cliché en décubitus ventral. Pas de douleurs localisées. Pas de déformations des contours.

25-9-37.

II. Réaction d'hémolyse Hecht négatif (H^s).

III. Recherche du sang dans les selles : sang grande quantité (8-13-IX-37).

IV. Formule et valeur globulaire :

G.R. = 3.060.000.

G.B. = 8.200.

H. = 70.

Poly = 76.

Lympho = 12.

Moyens = 7.

Gros = 5.

V. Temps de saignement et de coagulation normaux.

VI. Sucre = 0. Alb. = 0. BW = 0.

VII. Glycémie :

27-IX-37. Glucose 0/00 0,96

27-IX à 11 h. » 1,01

29-IX : : : : » 1,01

6-X-37, à 9 h. 30 » 1,08

à 10 h. » 1,07

à 10 h. 30 » 0,87

VIII. T. A.

6 septembre	12 $\frac{1}{2}$ —22 $\frac{1}{2}$
7 septembre	10 —17 $\frac{1}{2}$
8 septembre après-midi..	15 —26
10 septembre matin	11 —18
12 septembre	9 $\frac{1}{2}$ —15
13 septembre	9 $\frac{1}{2}$ —14
17 septembre	10 —15
19 septembre	10 —16

27 septembre :

12 — 20.....	10 h.
12 — 20.....	10 h. 15
13 — 21.....	10 h. 45

➡ glycémie 1,05 o/oo

10 — 16.....	11 h.
14 — 21.....	11 h. 45
14 — 20.....	12 h.

➡ repas

12 $\frac{1}{2}$ — 19.....	12 h. 15
13 — 20 $\frac{1}{2}$	12 h. 45
13 — 22 $\frac{1}{2}$	14 h.
11 — 21.....	15 h.
11 — 18.....	16 h.
10 — 18.....	17 h.

➡ glycémie 0,96 o/oo

11 — 19..... 18 h.

■→ repas

10 — 16..... 19 h.

10 — 16..... 20 h.

10 — 16..... 21 h.

28 septembre :

9 $\frac{1}{2}$ — 15..... 10 h. 30

10 — 15 $\frac{1}{2}$ 12 h. 15

10 — 16..... 14 h.

IX. *Hyperglycémie provoquée* (6-10-37).

10 — 15 $\frac{1}{2}$ 11 h. 45

13 — 18 $\frac{1}{2}$ 14 h. 45

21 — 14 (repas léger) 15 h. 45

Cette observation est intéressante à double point de vue. D'abord parce qu'elle est à l'appui de la thèse sur laquelle nous insistons, c'est-à-dire rôle de l'hypertension dans les hémorragies dites cryptogénétiques. Elle est intéressante encore car chez notre malade il y a d'autres facteurs qui jouent peut-être. Nous savons que ces règles étaient « de véritables hémorragies », qu'elle a eu de la chlorose à l'âge de fillette et qu'elle est très nerveuse et émotive.

En ce qui concerne l'hypertension ; il s'agit dans notre cas d'une maladie hypertendue avec des poussées successives en rapport avec des repas. Nous croyons que c'est au cours de ces poussées que les hémorragies sont survenues.

Pour chercher l'origine de cette hypertension, nous avons fait à la malade l'examen d'hyperglycémie provoquée.

Nous avons pensé à des poussées d'hypertension par des décharges d'adrénaline comme une des explications possibles. Mais comme nous le voyons il n'en est rien.

Il s'agit donc d'une autre origine toxique infectieux ou humoral, dont nous avons admis auparavant la possibilité.

CONCLUSIONS

1. La conception classique, donnant comme cause des hémorragies gastriques l'ulcère, cancer, cirrhose du foie, est trop simple.

Actuellement, on se rend compte de la complexité des facteurs qui engendrent ces hémorragies.

2. Les hémorragies digestives « cryptogénétiques » sont assez fréquentes, car elles représentent 20 à 40 % des hémorragies, si on prend la moyenne de plusieurs statistiques.

3. Les hémorragies digestives peuvent survenir au cours des poussées hypertensives, dont il n'est pas possible d'affirmer dans tous les cas le mécanisme adrénalinique.

4. Ce n'est pas sans difficultés que l'on peut écarter, avec certitude, les causes classiques des gastrorragies.

Vu : *Le Doyen*,
TIFFENEAU.

Vu : *Le Président*,
LOEPER

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

1. V. CORDIER. — Les gastrorragies de cause inconnue (Clin. et Lab. 20-VI-35).
2. P. BATIGNE. — Sur un cas d'hématémèse sans état prémonitoire (Proq. méd. 1919, 3 s.).
3. A. MENCIAIRE. — Contribution à l'étude des hémorr. digest. sans lésions apparentes et plus particulièrement d'origine hypertensive (Th. Paris 1935).
4. BEGOUIN, LAFARGUE, MAGENDIE et DUBOURG. — Dix-huit cas de grandes hémorragies gastroduodénales (Bordeaux chirurgic, avril 1933).
5. E. BENHAMON. — Les gastrorragies (Journ. des Praticiens, N° 50, 1933).
6. M. E. BINET. — Sur les gastrorragies et hématémèses (Proq. méd. 1926).
7. BOAS. — Différenciation des hém. bénignes et malignes du tube digestif (Deutsche med. Wochenschrift, 13-XII-1935).

8. P. CHEVALIER et Fr. MOUTIER. — Les Hémorragies gastriques et leur contrôle endoscopique (Presse Méd., 14-II-36).
9. CIMINATA. — Sur les Hémorragies gastriques dites parenchymateuses (Wiener klin. Wochenschrift, étude des gastrorragies de causes mal connues, estomac vasculaire pulsatile (Presse Méd. 1926).
11. DELORT et LUQUET. — Hémorragies digestives à répétition (Arch. des mal. de l'app. digestif, 1-I-1925).
12. MARECIER FAUTEUX. — Considérations sur un cas d'Hémorragie gastrique profuse (L'Union méd. du Canada, janvier 1934).
13. Pierre FRUMUSAN. — Réalisation expérimentale d'Hémorragies gastro-duodénales et de lésions hépato-spléniques par injections de substances toxiques au contact du sympathique de la rate (Le sang. Biologie et Pathol. n° 4, 1936).
14. GALLART MONES. — Contribution à l'étude de certaines gastropathies chroniques douloureuses hémorragiques sans ulcus (Revista médica de Barcelona, sept. 1926).

15. René A. GUTMANN. — Les hémorragies digestives sans autres symptômes (Gaz. des Hôp., 3-I-34).
16. RAIS. — Le principe du traitement des hémorragies gastriques aiguës (Sovetskaja chirur-gija).
17. LLOSA et SAFFORES. — Gastrorragias cryptogeneticas, estudio anatomo patologico del estomago (Semana Medica, Buenos-Aires, 1926).
18. M. G. LUQUET. — Complexité du diagnostic dans les hémorragies gastro - duodénales (Bull. de la Soc. de Méd. de Paris, 14-VI-35).
19. M. MONGES. — Gastrorragie chez un malade atteint d'aérocolie et de volvulus gastrique (Soc. de Méd. de Marseille, 9-XII-31).
20. V. PAUCHET. — A propos de 2 cas d'hémorragie digestive (Soc. de Méd. de Paris, 8-II-29).
21. PROU. — A propos des hémorragies gastriques d'origine locale, sans ulcères (Journ. des Praticiens, 1926, 25-XII).
22. M. RENAUD. — Grande hémorragie gastrique sans effraction de la muqueuse (Soc. méd. des Hôp. de Paris, 23-II-34).

23. SCHIÖDT et SCHULTZER. — Nouvelles recherches sur les hémorragies gastriques provoquées par la faim chez le jeune rat (Soc. Danoise de Biol., 27-VI-36).
25. A. TZANCK. — Les intolérances gastriques à forme hémorragique (Journ. de Méd. de Paris, 15-II-33).
26. THIELE. — Hémorragie gastrique (Munchener med. Wochenschrift, 13-II-36).
27. A. TZANCK. — Les intolérances gastriques à forme hémorragique (Soc. Méd. des Hôp. de Paris, 29-IV-32).
28. X... — Nouveautés en gastro-entérologie (Journal Belge de gastro-entérologie, juillet 35).
29. CHEVALIER, JACKSON. — Journal Am. Med. Ass., 19 sept. 25, p. 870.
30. E. BIDOT et P. MAURIAC. — Hémorragies par artériosclérose. Gaz. des Hôp., 13-III-1913.
31. DUVAL, Ch. ROUX. — Soc. de gastro-ent., 14 janvier 1924.
32. LANCERAUX et PAULESCO. — Traité de méd., t. III « gastrorragies névropathiques ».

33. Deutsche Med. Wochenschrift, N° 32, 7-VIII-31.
34. LOEPER. — Leçons de patho. digestive, 1^{re} série,
1911.
35. CHIRAY et AMY. — Presse méd., 9-VII-1930.
36. DALLE. — Hématémèse et fausses hémorragies
tabétiques. Th. Paris, 1913.
37. DUBOS. — Les hémorragies gastro-duodénales
sans ulcération. Th. Paris, 1928.
38. GOEDEL. — Wiener Klin. Wochenschrift, 13-XI-
1924.
39. LYON. — Avitaminoses dans les syndromes di-
gestifs. Monde Médical, 1-XI-37.
40. RAMON. — Maladies de l'estomac et du duodé-
num.

